

Accouchement Extrahospitalier Inopiné

Préparation	2
Accouchement normal	3
Délivrance	5
Procidences	7
Dystocie des épaules	8
Accouchement du siège	9
Accouchement grossesse gémellaire	14
Hémorragie du post-partum	15
Prise en charge du nouveau-né	17-24
Prise en charge d'une femme enceinte	25-36



Préparation

MATERIEL

- Plateau « accouchement » (2 paires de ciseaux, champs stériles, 2 pinces Kocher)
- +/- sonde urinaire
- 2 clamps de Barr
- Matériel de perfusion, antiseptiques, compresses stériles
- Paires de gants stériles, doigts, masques
- Scope
- Matériel de réanimation pédiatrique (aspiration) ; table pour premiers soins
- 5 UI d'ocytocine (Syntocinon®) dans une seringue
- Meopa®
- Dakin®

À l'arrivée sur les lieux

- Scope, t°
- VVP, sérum salé
- Chauffer la pièce
- Préparer les habits du bébé
- Faire chauffer les serviettes pour réceptionner le fœtus au chaud

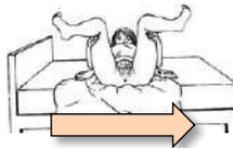
Position d'attente : Décubitus Latéral

INSTALLATION

- Voie veineuse →cristalloïde
- Plan assez dur (lit, table à 40cm du sol), les fesses au bord du lit.
Placer les talons de la femme à hauteur de ses fesses environ, jambes écartées, talons proches des fesses.
- Plastique (nappe..) et si possible champ stérile sous la patiente
- Une bassine à terre (évaluation des pertes sanguines éventuelles)
- Faire uriner la patiente
- Toilette de la vulve au Dakin®

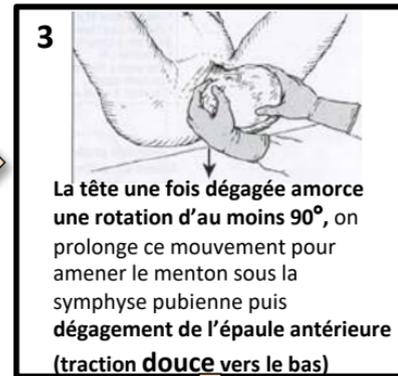
Accouchement normal

- Miction spontanée ou sondage évacuateur
- Col à dilatation complète
- Tête à la vulve ou en contact avec le périnée
- **Envie de pousser de la patiente**



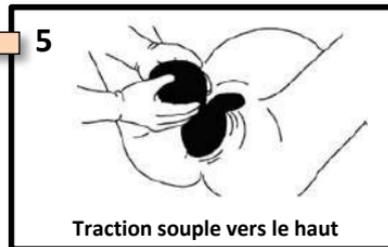
Efforts
expulsifs

3 fois par CU



6 Noter l'heure de la naissance

7 Clampage du cordon



4 **Délivrance dirigée** =
injection de 5 UI syntocinon® IV Lente (1min) ou IM
A réaliser entre le moment du passage de l'épaule antérieure et la 1^{ère} min de vie

Diagnostic d'engagement

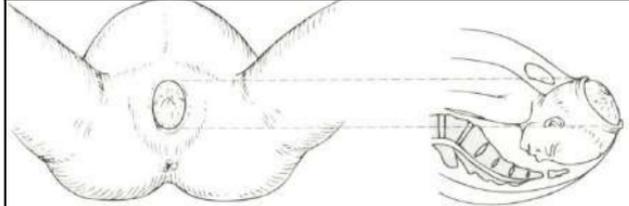
Tête non engagée



Tête engagée



Tête « à la vulve »



Cas Particuliers

Episiotomie



Exceptionnellement, avant le dégagement de la tête
 Objectif : accélérer une expulsion difficile : Couper franchement sur 3 cm vers le bas et en dehors (45°)

Circulaire du cordon



Si serré
 clamper et sectionner entre 2 pincettes une fois la tête dégagée (étape 3)
Si non serré
 le faire glisser pour dégager l'enfant

Dégagement de la tête en Occipito Sacré « les yeux regardent en l'air »



On procède de la même façon qu'un accouchement normal sans avoir besoin de faire la restitution. On peut ensuite directement dégager les épaules.

Délivrance

Il n'est pas nécessaire d'attendre la délivrance pour regagner la maternité sous couvert d'une surveillance des saignements pendant le trajet

Diagnostic du décollement placentaire

- Dans les **30 min** après l'accouchement
- Reprise de l'activité utérine
- Saignements modérés
- Le cordon ne remonte pas à la pression suspubienne

Oui : **Placenta décollé**

Non

Aide à l'expulsion du placenta (si nécessaire)

- Reprise des efforts expulsifs
- Expression utérine modérée
- Déplissement du segment inférieur

Surveillance

- Saignements < 500ml
- Massage utérin: qualité de la rétraction
- Vessie vide
- 10 UI syntocinon® entretien (vacuité utérine obligatoire)

Saignements ?

< 500mL

> 500mL

**Transfert rapide
vers maternité**

**+/-Délivrance
artificielle
Révision utérine**

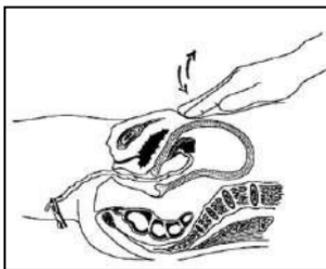
Délivrance artificielle

Indication

Absence de décollement placentaire **30 minutes** après l'accouchement

ET

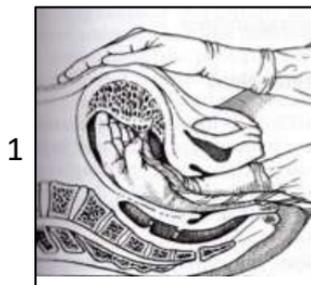
Saignements > **500mL**



Pression sus pubienne:
le cordon remonte

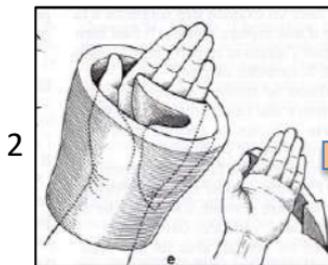
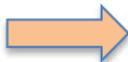


placenta non décollé

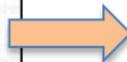


La main droite remonte le long du cordon jusqu'au placenta

La main gauche empaume le fond utérin en l'abaissant vers le pubis



On repère l'insertion placentaire
Que l'on décolle avec le bord cubital de la main puis on ramène le placenta



3

Révision utérine

On ré-introduit la main dans la cavité utérine toujours en empaumant le fond Pour vérifier qu'il est bien vide. On sent la zone d'insertion du placenta qui est rugueuse. Puis 10 UI de Syntocinon® IVL en entretien

Procidences

Procidence d'un bras = ne permet pas l'accouchement par voie basse,



transport rapide vers une maternité

Procidence d'un pied = présentation du siège mais n'est pas forcément un signe de mise en travail. Faire TV pour évaluer avancement du travail

Procidence du cordon : une anse de cordon ombilical chute au dessous de la présentation suite à la rupture des membranes

URGENCE décompression par le TV et césarienne
Risque de mort fœtale par compression du cordon

Nécessité absolue pour le médecin de **repousser par le toucher vaginal**

La présentation (tête ou fesses) vers le fond utérin pour décompresser le cordon

Position maintenue jusqu'à l'extraction de l'enfant durant tout le trajet

(escalier, rue, véhicule, etc...) Noter si le cordon bat et quand il ne bat plus

Mise en alerte du bloc obstétrical et transfert
directement en salle de césarienne

Dystocie des Epaules

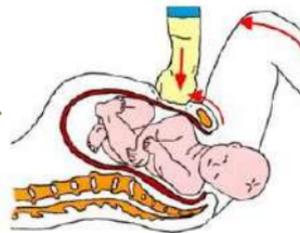
- Tête qui reste collée à la vulve, voire aspirée
- Souvent après dégagement difficile de la tête, restitution mal effectuée ou qui n'a pas eu lieu : on n'arrive pas à dégager les épaules

⚠ Pas de manœuvre de traction ni de rotation, pas d'appui sur le fond utérin

1

Mac Roberts + Appui Sus-Pubien:

Hyperflexion des cuisses



2

Si Non résolutif:

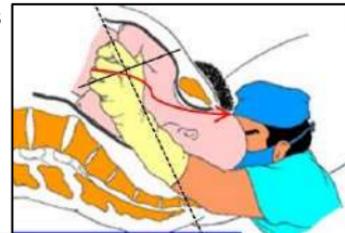
TV à la recherche de l'épaule Postérieure

Epaule au dessus du détroit supérieur (excavation vide)

Manœuvre de Jacquemier :

- Utiliser main Gauche si dos à Gauche / main Droite si dos à droite
- Remonter concavité sacrée, repérer épaule postérieure et suivre le bras jusqu'à saisir la main

- Tirer lentement la main dans l'axe ombilico-coccygien
- Abaisser la main fœtale avec un mouvement d'écharpe à la face antérieur du thorax: rotation de 180° qui amène l'épaule postérieure sous la symphyse



Epaule postérieure dans l'excavation

Manœuvre de WOOD

Inversée :

Rotation progressive de l'épaule postérieure que l'on transforme en épaule antérieure



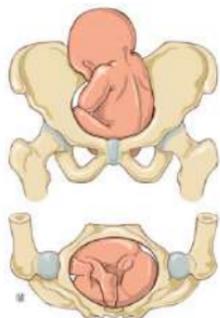
Accouchement par le Siège

PREALABLE

- **Ne pas rompre les membranes avant dilatation complète** (risque procdence)
- Ce n'est pas parce qu'on voit les pieds à la vulve que l'accouchement est imminent, les fesses doivent appuyer sur la vulve
- **Lors d'un siège, la meilleure attitude est l'expectative**

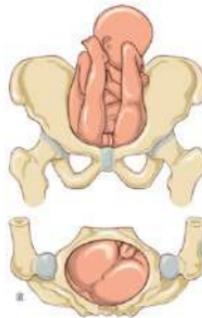
Siège complet :

Le fœtus semble assis « en tailleur »



Siège décompleté :

Présentation des fesses



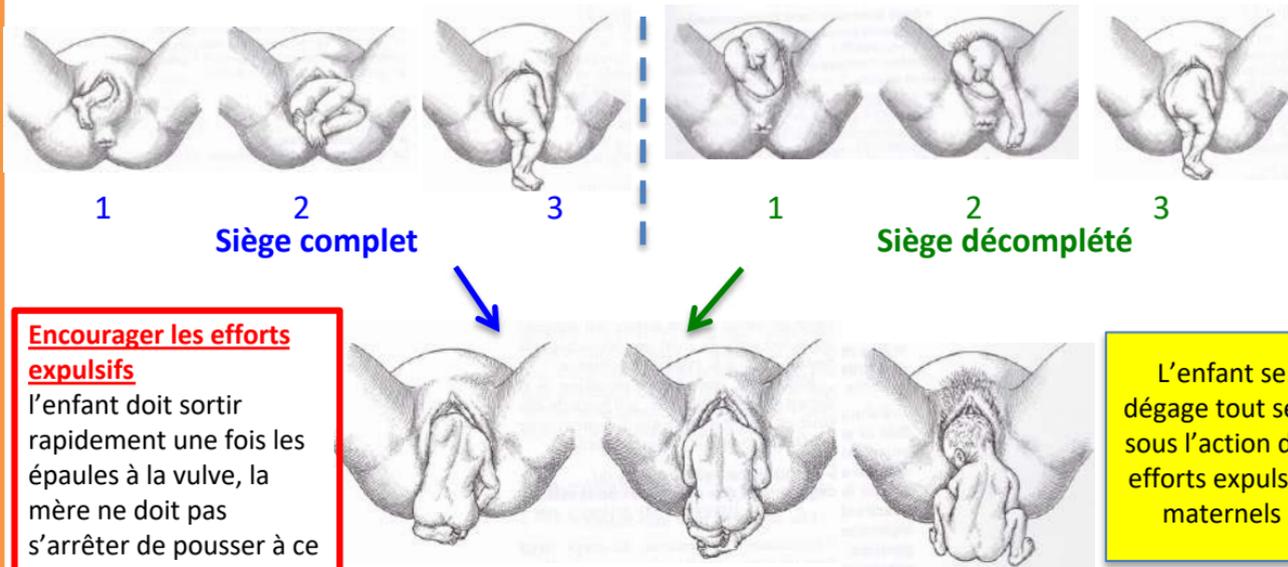
ATTENTION

- **Ne jamais tirer sur les jambes**
- **Ne toucher à rien, tant que les omoplates n'apparaissent pas à la vulve, sauf si dos tourne en arrière (p 10)**

Accouchement par le Siège

Placer la mère bien au bord, table glissée sous le périnée ou les deux mains en plateau pour récupérer l'enfant.

Le mode de terminaison est le même quelque soit le mode de présentation du siège au départ.



Encourager les efforts expulsifs

expulsifs
l'enfant doit sortir rapidement une fois les épaules à la vulve, la mère ne doit pas s'arrêter de pousser à ce moment là.

L'enfant se dégage tout seul sous l'action des efforts expulsifs maternels

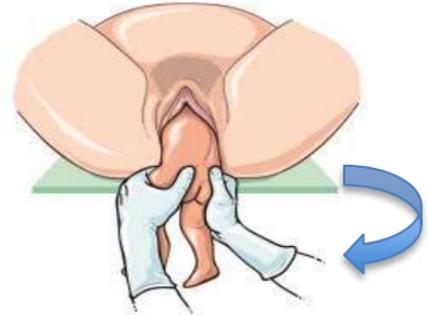
Accouchement par le Siège :

Situations dystociques

1 - Rotation du dos en arrière



Risque d'accrochage du menton à la symphyse pubienne

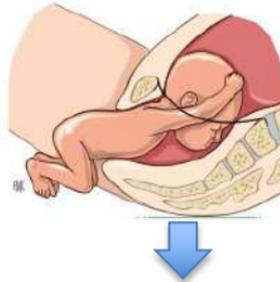


Rotation franche à 180°
en saisissant l'enfant par les hanches
Pouces sur les crêtes iliaques et en
amenant le dos en avant

Accouchement par le Siège :

Situations dystociques

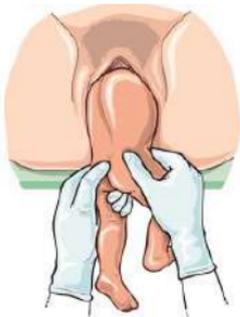
2- Relèvement des bras



Empêche le passage des épaules

Manœuvre de Lovset:

double rotation à 90° dos en avant permettant de dégager chaque épaule



A l'aide d'un linge,
saisir l'enfant par les hanches
Pouces sur les crêtes iliaques



Exercer une rotation à 90°
tout en abaissant l'enfant :
la première épaule se dégage



Ramener le dos en avant



Nouvelle rotation à 90° dans l'autre sens
pour dégager la dernière épaule
Abaisser le bras à l'aide de deux doigts
placés en avant de l'humérus

Accouchement par le Siège :

Situations dystociques

3- Rétention de la tête fœtale



L'enfant est retenu par la tête **qui est engagée** dans l'excavation pelvienne

Manœuvres de :

Bracht

En priorité



Saisir l'enfant par les cuisses
Le remonter vers le haut



Rabattre son dos
Contre le ventre de la mère
La tête sort alors spontanément

Mauriceau

Si Bracht insuffisant



L'enfant est à cheval sur l'avant bras, deux doigts placés dans la bouche jusqu'à la base de la langue. On fléchit les doigts en ramenant doucement le menton contre le thorax ce qui fléchit la tête



L'autre main est placée sur le dos, index et majeur de part et d'autre du cou, en bretelle en abaissant les épaules



Lorsque l'occiput passe sous la symphyse on relève l'enfant contre le ventre de sa mère permettant à la tête de se dégager

Accouchement des grossesses gémellaires

Transfert en urgence
à la maternité

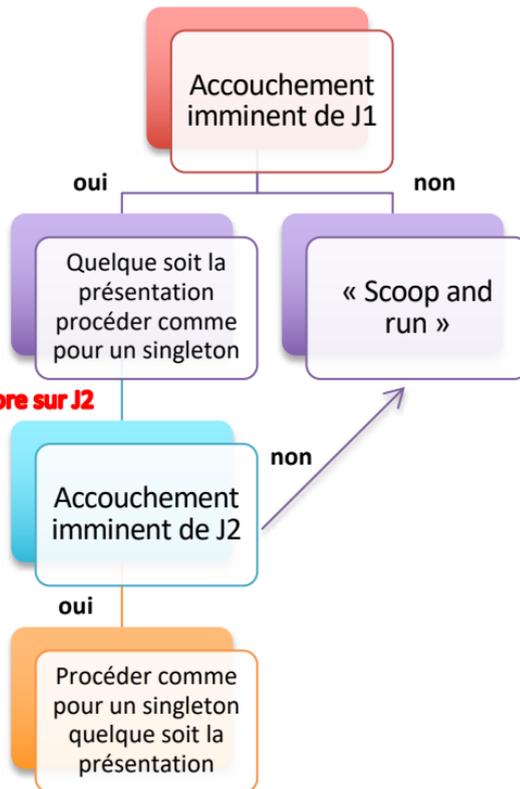
En l'absence d'un accouchement
Imminent de J2 :

NE PAS ROMPRE sur J2
Eviter toute manœuvre active sur J2
**Et transfert rapide dès la naissance
de J1**

La délivrance n'aura lieu qu'après la
naissance des deux enfants

**Pas de syntocinon® avant la
naissance de J2**

Ne pas rompre sur J2



Hémorragie du post-partum

Préalable

- **5 UI IVD** de Syntocinon® au dégageement des épaules ou dans la minute qui suit
- Noter l'heure de la naissance
- Mettre en place une poche de recueil / une bassine pour **quantifier les pertes**
- Noter l'heure de la délivrance : elle doit se faire dans les 30 minutes qui suivent l'administration du Syntocinon®
- Il n'est pas nécessaire d'attendre la délivrance pour regagner la maternité sous couvert d'une surveillance des saignements pendant le trajet

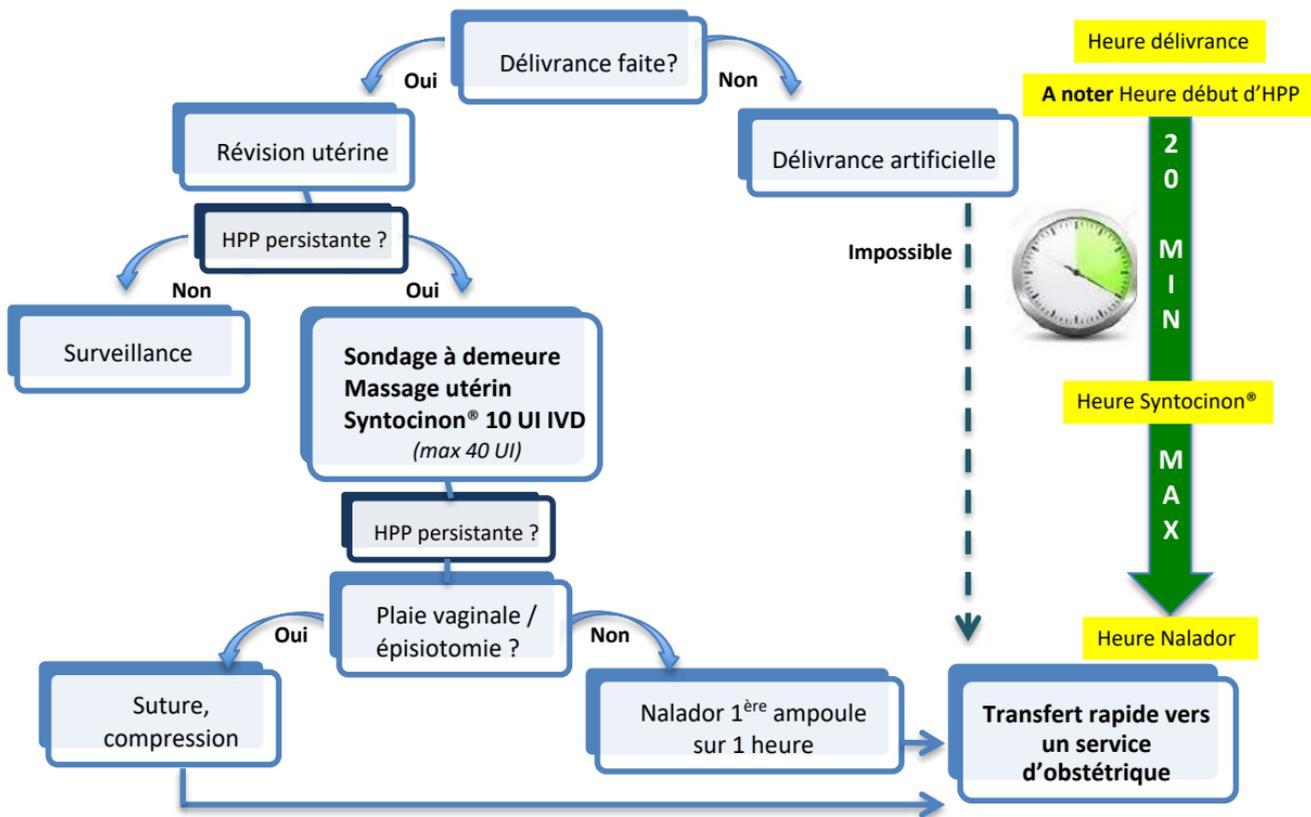
Hémorragie du post-partum définie par
des pertes ≥ 500 mL ou un saignement massif

ATTENTION

- Noter l'heure de l'accouchement, du début de l'hémorragie et de l'administration des drogues
- Contact téléphonique avec un obstétricien, « scoop and run »

Hémorragie du post-partum

pertes ≥ 500 mL ou saignement massif



Prise en charge du Nouveau-né

lors d'un accouchement extrahospitalier

Préparation	18
Enfant qui va bien	19
Algorithme Réanimation	20
Ventilation	21
Intubation	22
Réanimation	23
Posologies	24



Préparation

MATERIEL

- **Serviette éponge** ou linge pour allonger et sécher l'enfant
- Matériel de **clantage** (clamps de Barr, pinces Kocher, fil, ciseaux stériles)
- Aspirateur de mucosités ou **sonde** branchée sur seringue (désobstruction des voies aériennes supérieures)
- Matériel pour réchauffer l'enfant (habits, **bonnet**, thermoconfort, sac polyéthylène...)
- A proximité: un scope ou oxymètre de pouls, bouteille d'oxygène, ambu et matériel d'intubation

Questions initiales

- 1 - A terme ?
- 2 - Liquide amniotique clair ?
- 3 - Respire et/ou crie ?
- 4 - Bon tonus ?

4 Réponses positives aux 4 items
=
Enfant bien portant

1 Réponse négative ou plus aux 4 items
=
Enclencher procédure de réanimation

Enfant qui va bien

Cordon

Ligature : Rapide	Section : Non urgent
Avant clampage , laisser l'enfant sur le même plan que la mère (en pratique sur son ventre) Clampage par clamp de Barr, pinces	Asepsie ++ (bistouri ou ciseaux stériles) Désinfection du moignon de cordon

Hypothermie

Prévention	Réchauffement
<ul style="list-style-type: none"> -Prise de la température -Peau à peau contre le ventre -Sécher -Couvrir la tête -Habiller Envelopper d'une couverture -Replacer sur le ventre de sa mère 	<ul style="list-style-type: none"> - Bébé habillé avec bonnet contre sa mère - Couverture et couverture de survie par dessus - Thermoconfort (chaufferette) : entre l'enfant habillé et les couvertures. - Incubateur : réchauffe efficacement et rapidement, en association avec le thermoconfort

Gestes

- **STIMULATION** : Si l'enfant ne crie pas spontanément, le stimuler en administrant des claques sur la plante des pieds
- **DESOBSTRUCTION** : En général inutile. Au besoin (si obstruction de sang ou sécrétions), aspirer simplement les fosses nasales sur 2 cm de profondeur à l'aide d'une sonde de calibre 6 à 8 branchée sur seringue de 10 ml ou aspirateur de mucosités si disponible
- **SONDE GASTRIQUE** : Le plus souvent inutile (sauf correction hypoglycémie)
- **DÉSINFECTION OCULAIRE** : Non

I 
NE RIEN FAIRE

Indications glycémie

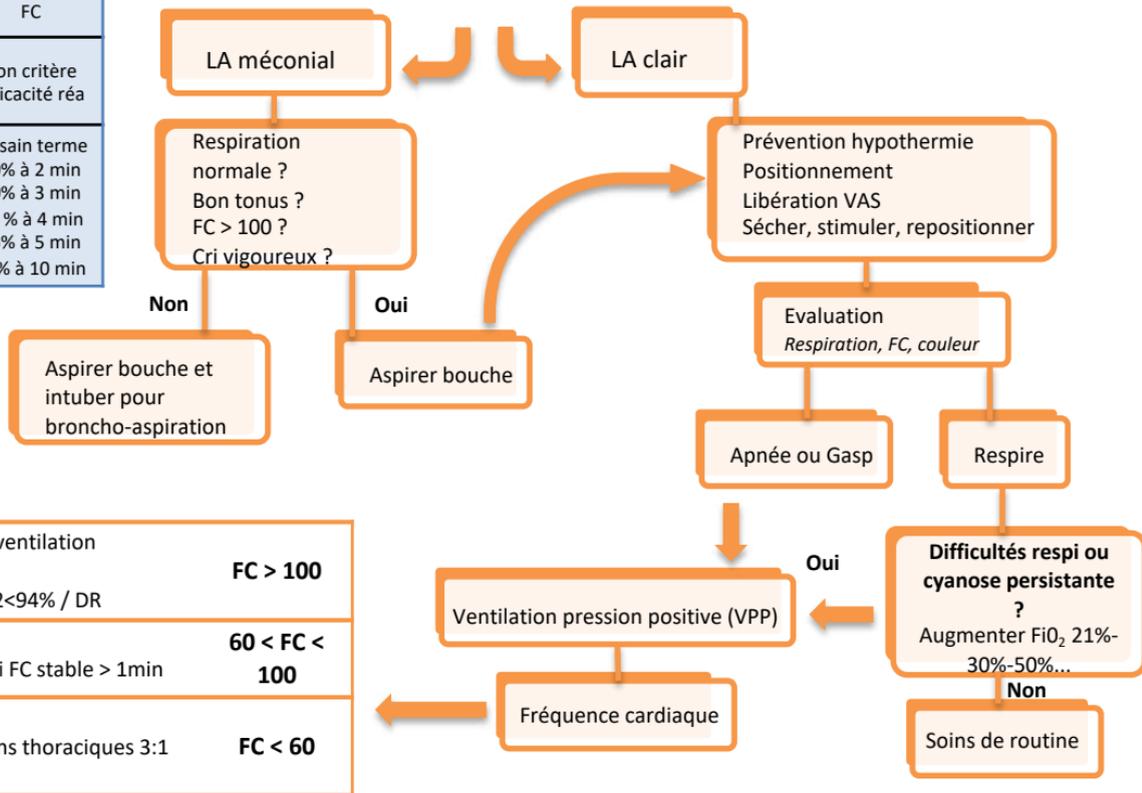


Réanimation

= 1 Réponse négative ou plus aux 4 items : à terme / crie-respire / tonus / LA Clair

Respi	Soulèvement thoracique	Accélération FC
FC	Apex cardiaque > 100	Bon critère efficacité réa
O2	SpO2 main ou poignet droit	nn sain terme 60% à 2 min 70% à 3 min 80% à 4 min 85% à 5 min 90% à 10 min

Objectifs



Stop VPP si ventilation spontanée
CPAP si SaO2 < 94% / DR

FC > 100

VPP
Intubation si FC stable > 1min

60 < FC < 100

VPP
Compressions thoraciques 3:1
Adrénaline

FC < 60

Réanimation

Le plus souvent : la ventilation suffit

Y-a-t-il des fuites ?

- Au niveau du masque ?
→ Repositionner le masque
- Sur le circuit ?
→ Reconnecter le tuyau

Y-a-t-il un obstacle ?

- Un encombrement ?
→ Ré aspirer
- Une mauvaise position des VAS ?
→ Repositionner la tête
- La bouche fermée ?
→ Réouverture de la bouche

La pression exercée est-elle insuffisante ?

- Augmenter la pression d'insufflation

6 Causes inefficacité de la VPP

5 Efficacité de la VPP

1 Ambu pédiatrique de 500 ml ou Néopuff

Ventilation en pression positive (VPP)

2 Choix et positionnement du masque

3 Positionnement de la tête

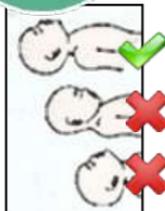
4 Ouverture et +/- déobstruction des VAS

Antépulsion de la mâchoire

Masque :

Taille adaptée
Doit recouvrir le nez et la bouche (main tenue ouverte) sans recouvrir les yeux ni dépasser le menton.
Masque maintenu à l'aide du pouce et de l'index, pression modérée
→ **ÉTANCHÉITÉ**

Masques circulaires à bords souples



Fréquence : 40 à 60 cycles
Ti : 0,5 s
Pression : 20 à 25 cm H2O
FiO2 : débiter à 21%
Si néopuff PEEP 4 à 6



Réanimation

Intubation

Choix sonde intubation

SA	Ø SI	SI - lèvres (cm)	SI - racine du nez
23-24	2,5	5,5	6,5
25-26	2,5	6	7
27-29	2,5	6,5	7,5
30-32	3	7	8
33-34	3	7,5	8,5
35-37	3	8	9
38-40	3	8,5	9,5
41-43	3,5	9	10

Intubation séquence rapide

Pré-oxygénation 100% FiO₂

Atropine : Poso: 20 mcg/Kg en IVDL

Kétamine : Poso: 2 à 4 mg/Kg en IVL sur 60 sec

Célocurine : (2 ml=100 mg) 1 ml + 4 ml de Nacl 0,9% soit 1 ml = 10mg
Poso: 2 mg/Kg soit 0,2 ml/Kg

Réanimation

Compressions thoraciques

120/min

avec 90 compressions et 30 ventilations/min

soit Ratio 3 : 1

Remplissage

Sérum physiologique (NaCl0.9%): 10 ml/Kg

KTVO

Cathétérisme veineux ombilical : si VVP impossible

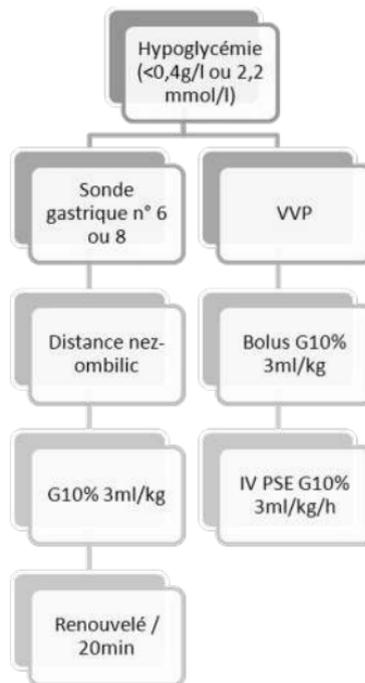
- Cordon coupé à 1 cm de la peau
- Asepsie ++, gants stériles
- KT adapté ou sonde aspi n°6
- Fixation spartiate ou opsite
- Perfuser avec PSE +prolongateur

Hypothermie

PREVENTION ++, surtout si réa prolongée

- Sécher
 - Couvrir la tête
 - Thermo confort
 - Transport en incubateur, avec oxymètre de pouls
- **Prise en charge ventilatoire en même temps que réchauffement**

Glycémie: à faire en 30 et 60mn de vie



Posologies

Sufentanil

(2 ml=10 mcg), 2 ml + 8 ml de NaCl 0,9% soit 1ml=1mcg

Poso: **DDC** 0,2 mcg/Kg soit 0,2 ml/Kg

Hypnovel®

(1 ml=5mg), 2 ml + 8 ml de G5% soit 1 ml=1mg

Poso: **DE** 2 mcg/kg/min soit 0,12 ml/kg/h

Tracrium®

1 ml=10mg, 1 ml + 9 ml de NaCl 0,9% soit 1ml=1mg

Poso: **DDC** 0,3 mg/Kg soit 0,3 ml/Kg

Narcan®

1 ml=0,4mg, 1 ml + 9 ml de NaCl 0,9% soit 1 ml=0,04mg

Poso: 0,01mg/Kg soit 0,25 ml/Kg IVD

Adrénaline

Dilution : 1 ml (=1 mg Adrénaline) + 9 ml de sérum physiologique (NaCl 0.9%).

0.1 à 0.3 ml/kg en **CVO/IV** ou 0.5 à 1 ml/kg en **IT** de la dilution

Répéter toutes les 3 à 5 minutes si nécessaire.

Prise en charge d'une Femme enceinte

Traumatisme	26
Hémorragies 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre	28
Pré-éclampsie	30
Menace d'accouchement prématuré	33
Types des Maternités	35



Traumatisme

L'évaluation obstétricale est indiquée :

➤ **Pour toute femme enceinte victime d'un traumatisme abdominal ou pelvien ou d'une décélération au cours d'un AVP**



But : HOSPITALISATION car risque d'Hématome Rétro Placentaire

- Monitoring fœtal / examen obstétrical
- Test de Kleihauer
- Échographie fœtale
- Ig anti D si Rhésus négatif

Traumatisme

Conditionnement

- Éviter le choc postural
- Coquille incliné sur le coté à 15°
- VVP : cristalloïde
- Oxygénothérapie
- Scope / PA automatisée

PEC respiratoire

- Oxygénothérapie a priori
- Si indication d'intubation :
 - Estomac plein toujours !
 - Manœuvre de Sellick systématique
 - Séquence rapide classique
 - Diamètre de la sonde d'intubation de 0,5 à 1 inférieure à celle habituelle

PEC Hémorragie

- Remplissage vasculaire : **Cristalloïde**
Colloïdes et catécholamines ensuite si nécessaire
- Objectif :
 - Maintien hémodynamique maternelle
 - Maintien de la perfusion placentaire
- Au mieux : **PAM > 80 mmHg**

Traitements adjuvants : administrés en Maternité

- **Corticoïdes** avant 34 SA
- Pas de tocolyse systématique
- Prévention de l'immunisation rhésus

Hémorragie 2^e et 3^e Trimestre

Diagnostics

HRP	Placenta Prævia	Rupture utérine
Douleur brutale, en coup de poignard	Indolore	Douleur hypogastrique brutale violente
Hypertonie utérine (ventre de bois)	Utérus souple	Utérus souple
Métrorragies noirâtres, de faible abondance, contexte d'HTA maternelle	Sang rouge, parfois hémorragie cataclysmique	Hémorragie modérée, utérus cicatriciel, souvent pendant le travail
CIVD		

Autres

- Hématome sous-chorial présence de CU, bon pronostic
- Hémorragie de Benkiser mortalité fœtale ++
- Origine cervicale (ectropion, post coït) bénin

**Eviter le Toucher Vaginal
Sauf si envie de pousser pour
écarter un accouchement
imminent**

Hémorragie 2^e et 3^e Trimestre

Transport

Patiente à **domicile**



Transport **urgent** vers la maternité la plus proche (bloc chirurgical)
→ « **Scoop & run** »

Conditionnement :

- Décubitus latéral
- Remplissage par des cristalloïdes (colloïdes et catécholamines si nécessaire)
- Prélèvement RAI/Gpe Rh
- Oxygénothérapie de principe recommandée

Maintenir PAM > 90

Patiente **hospitalisée**
(transfert *in utero*)



Contre-indiqué si :

- hémorragie importante
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal
- HRP

Conférence téléphonique à 3

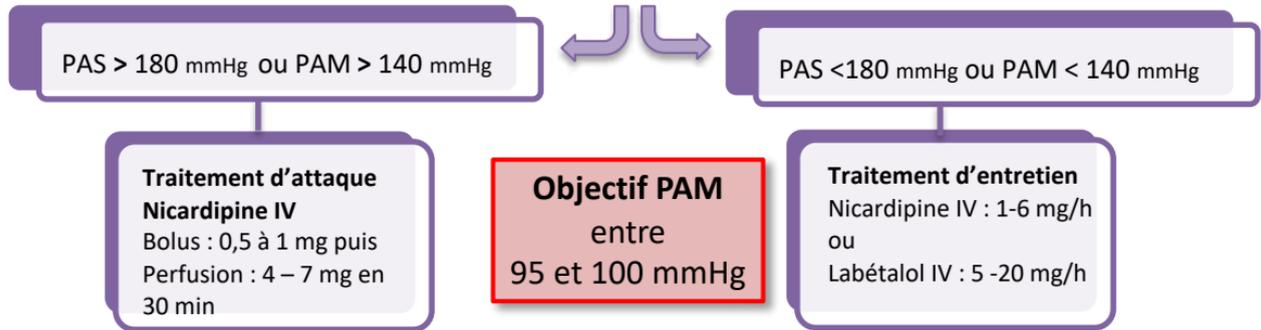
Prééclampsie

Diagnostics

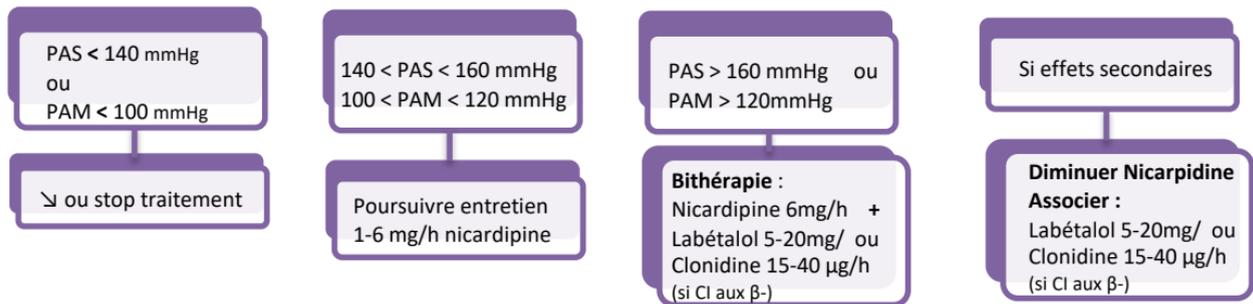
HTA gravidique (HTAG)	Prééclampsie (PE)	PE sévère : Au moins 1 critère
<p>PAS \geq 140 mmHg et/ou PAD \geq 90 mmHg</p>	<p>HTA Gravidique</p>	<p>PAS \geq 160 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg</p>
<p>Survient > 20 SA Disparaît > 6 semaines post partum</p>	<p style="text-align: center;"> ET</p> <p>Protéinurie > 0,3g/24h</p>	<p>Protéinurie > 5g/24h ou créat > 135 μmol/L ou Oligurie < 500ml/24h</p>
		<p>OAP ou Barre épigastrique persistante Ou Hellp syndrome</p>
		<p>Troubles neuro Ou éclampsie</p>
		<p>Thrombopénie < 100 G.L-1</p>
		<p>HRP ou retentissement fœtal</p>

Prééclampsie

Traitement de l'HTA : PAS > 160mmHg



Evaluer efficacité après 30 min



Evaluer efficacité après 30 min puis toutes les heures

Prééclampsie / Eclampsie

Autres traitements

PEC PE sévère avec signes neurologiques
(Céphalées, troubles visuels, ROT polycinétiques)

**Sulfate de Mg : 4 -6 g / 20 min en IVSE
puis 1g/h**

PEC crise d'éclampsie

- Eviter morsure langue et lésions / convulsions
- PLS
- Oxygénation
- Sulfate de Mg (prévention récidive)
- Si récidive : 2^e dose de Sulfate de Mg de 1 à 2 g
- Phénitoïnes et benzodiazépines peuvent être utilisées
- Surveillance : Sat O₂ en continu, diurèse horaire, ROT, conscience
- **Stop ttt** si : paralysie motrice, abolition des ROT, dépression respiratoire, arythmie cardiaque

Remplissage vasculaire contrôlé

- < 80ml/h
- Cristalloïdes

Gluconate de Calcium

- Antidote du Sulfate de Mg 10 %
- 1g = 10 ml
- IV lente : en 7 min

Menace d'accouchement prématuré en primaire

Préalable

Contractions utérines régulières : 1 à 3 toutes les 10 mn
parfois associées à une rupture prématurée des membranes
Survenant avant **37 SA**

Confirmer le terme

(appel lieu du suivi obstétrical)

Toucher vaginal prudent si patiente a envie de pousser pour écarter un accouchement imminent

Si terme \leq 32 SA certain et après avis obstétrical de la maternité devant recevoir la patiente,

En l'absence de fièvre maternelle

Démarrer une tocolyse par ADALATE® (Nifedipine)

Si accouchement imminent :

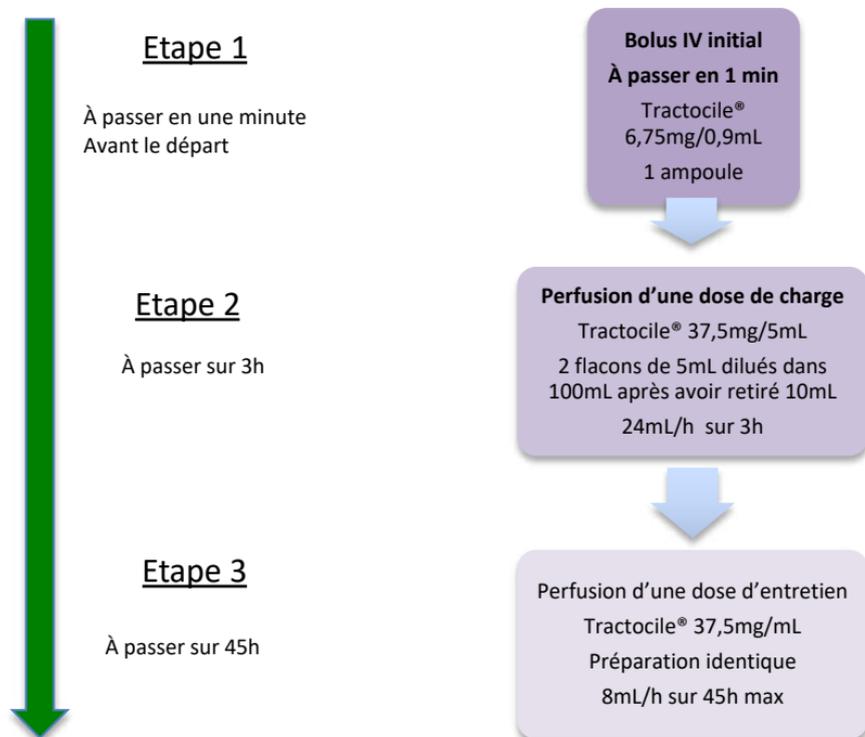
Contact téléphonique avec un obstétricien

Allo SMUR pédiatrique et demande de couveuse sur le lieu d'intervention

Protocole ADALATE® (Nifedipine)

10mg per os (1 cp)
renouvelable toutes les 15min jusqu'à arrêt des CU ou maxi 5 cp en une heure

Transfert interhospitalier pour MAP: Protocole Tractocile® (Atosiban)



Transferts interhospitaliers (TIU – Transferts in utero)

Type 3 : réanimation pédiatrique

Type 2a : soins de néonatalogie

Type 2b : unité de soins intensifs

Type 1 : unité de soins de courte durée

1^{ère} injection de
**Célestène® /
Bétaméthasone**
12mg IM ou IVL
avant le
transfert

**Numéro unique d'appel
24h/24
Pour les TIU
Conversation
enregistrée
05 34 39 33 20**

< 25 SA

**Pas d'indication de
TIU**

< 32 SA ou
< 1500g

Type 3

≥ 32 SA et
> 1500g

Type 2

>36 SA et >
2000g

Type 1

Types des maternités

